1940

Aus der Medizinischen Klinik
der Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg
Direktor: Professor Dr. Cobet

Zur klinischen Diagnose der Zystenniere

Inaugural-Dissertation

zur
Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Georg Walter Schollmeier
bestallter Arzt aus Baden-Baden

Halle (Saale) 1940

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

1. Berichterstatter: Doz. Dr. Ratschow

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Grund

Tag der mündlichen Prüfung: 16. 11. 40

Druck: Ostdeutsche Druckerei und Verlagsanstalt, Inh. Otto Jung, Halle/S.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154019_0440

Trotz der besseren Methodik der Untersuchung, wie wir sie heute haben, gehört die klin. Diagnosestellung der Zystenniere anscheinend immer noch zu den Seltenheiten. In der Literatur der letzten Jahre finden sich nur vereinzelte Berichte über am Krankenbett diagnostizierte Fälle. Aus diesem Grunde haben wir das Krankengut der Hallischen Krankenhäuser unter besonderer Berücksichtigung der Universitäts-Kliniken auf diese Diagnose durchgesehen. Herr Prof. Dr. Wätjen gestattete freundlicher Weise, in die Sektionsprotokolle der letzten 10 Jahre Einsicht zu nehmen. Das Ergebnis dieser Untersuchungen stellt sich wie folgt vor:

Tabelle 1

Vorkommen von Zystennieren in den letzten 10 Jahren:

Als Nebenbefund	Bei Frühgeburten	Als eigentl. Todesursache	Gesamtzahl	Davon klin. erkannt
7	3	5	15	keine

Die klin. Diagnose ist durch das Leiden ad exitum gekommenen Fälle aus nachstehender Tabelle ersichtlich:

Tabelle 2

Klinische Diagnosen:

Uraemie	2
Zystopyolitis	1
Hyperglycaemie o. Glucosurie . . .	1
Unkl. Abdominalerkrankung . . .	1
Gesamtzahl	5

Von den Todesfällen kamen in der Med. Univ.-Klinik drei zur Beobachtung und zwar die Zystopyolitis und die beiden Fälle von Uraemie. Bemerkenswert ist, daß bei dem einen Patienten schon mehrfach uraemische Anfälle aufgetreten waren, ohne das es gelang, die eigentliche Ursache zu erkennen. Diese Feststellung ist immerhin sehr auffallend, zumal es sich bei der Zystenniere um eine eindrucksvolle Organerkrankung handelt, so daß der Gedanke nahe liegt, daß wir die Symptomatologie der Zystenniere noch nicht beherrschen.

Vereinzelte Nierenzysten, besonders im Bereich der Rinde, finden sich bei der Sektion häufig. Auch polyzystische Degeneration, wobei einzelne Zysten bis apfelgroß und noch größer werden, gehört nicht zu den Seltenheiten. Von den zystischen Entartungen streng zu trennen ist der Begriff der Zystenniere. Der pathologische Anatom bezeichnet als solche ein renales Organ, dessen Gewebe durchsetzt ist von einer unverhältnismäßig großen Zahl von kleinsten bis großen Blasen, so daß die Hohlräume erheblich über das eigentliche Gewebe überwiegen. Diese Blasen sind gefüllt mit einer flüssigen bis halbstarren, klaren oder trüben, farblosen oder graugelblich bis bräunlich verfärbten Masse (Lubarsch). Auf dem Querschnitt sieht man diese Hohlräume sowohl in der Rinde, als auch in der Marksubstanz. Zwischen den einzelnen Zysten verlaufen oft nur dünne Scheidewände von mehr oder weniger verändertem Nierengewebe. Die Wandabschnitte der Nierenbeckenkelche sind häufig so von Zysten bucklich vorgetrieben, so daß das Nierenbecken kaum als Spalt zu erkennen ist und der Eindruck erweckt wird, es sei von Zysten vollkommen ausgefüllt. Gelegentlich jedoch können einzelne dieser Blasen mit dem Nierenbecken in Kommunikation stehen.

Die Wand dieser Hohlräume wird gebildet von Bindegewebe, das im Innern mit Epithel ausgekleidet ist, wobei kubische als auch granulierte Zellen gefunden worden sind. Das Epithel zeigt öfters Einstülpungen oder Leisten. Daneben besteht eine massige Bindegewebsentwicklung mit reichlichen Einlagerungen von glatter Muskulatur. Mitunter finden sich im Zysteninhalt Blutbeimengungen, die wohl auf Blutungen durch Spannungsrisse einzelner Scheidewände zurückzuführen sind. Sein Geruch

ist oft urinös, und häufig lassen sich auch in ihm Harnbestandteile nachweisen. Demnach ist die Annahme berechtigt, daß neben der Urinabscheidung nach außen auch harnfähige Stoffe in die Bläschen abgeschieden werden.

Die Größe der Nieren ist eine wechselnde. Das Gewicht schwankt zwischen 300 und 3000 bis 3500 g, wobei in den letzten Fällen die räumliche Ausdehnung entsprechend ist. Es sind Nieren von 30 cm Länge als nicht ungewöhnlich beschrieben. Dabei ist die Größe durchaus nicht abhängig vom Alter des Trägers. Bekannt sind Fälle, bei denen riesige Zystennieren des Föten ein absolutes Geburtshindernis darstellen.

Diese zystischen Veränderungen der Niere sind meistens beidseitig vorhanden, doch ist auch einseitiges Auftreten mehrfach in der Literatur erwähnt. Luzatto hat bei 18,1% seiner beobachteten Fälle Einseitigkeit festgestellt, und Neumann berechnet das Verhältnis der Einseitigkeit 2 : 14. Im allgemeinen ist heute die Anschauung vorherrschend, daß es sich um eine Hemmungsmißbildung handelt, auf Grund deren es nicht zu einer Vereinigung von Harnkanälchenanlagen und Uretersprossen kommt, und die mangelhaft entwickelten Kanälchen einer zystischen Entartung anheimfallen. Von zahlreichen Autoren wurde jedoch die Theorie verfochten, daß entzündliche Bindegewebswucherungen eine solche Vereinigung verhindern und Retention die Folge sei. Kaufmann schildert einen Fall von angeborener Zystenniere bei gleichzeitig kongenitaler Lues und glaubt, die Zystenbildung auf die durch die Lues hervorgerufene chronische Bindegewebsentzündung zurückführen zu können. Schukowsky und Szinjoff haben die Bedeutung einer interstitiellen chronischen Entzündung unterstrichen. Auch Stieda sucht in einem von ihm beschriebenem Fall die Ursache der Zystenbildung in einer vorausgegangenen Entzündung.

Gegen diese Auffassung und für die Annahme einer tiefliegenden Entwicklungsstörung der Niere spricht die Tatsache der Vererblichkeit der Mißbildung. Es sind in der Literatur mehrere derartige Fälle beschrieben. Von Paus wurden sieben Zystennierenträger in einer Familie festgestellt; Crains sah in drei Generationen 10 Fälle, und Fuller in vier Generationen 9 Fälle dieses Leidens. Nicht selten ist ferner das gleichzeitige

Vorkommen von anderen leichten und schweren Mißbildungen nicht nur des uropoetischen Systems, sondern auch vor allem der Leber. Lejars und Sieber haben in einem Drittel ihrer Fälle zystische Degeneration der Leber beobachtet.

Auffallend ist die Verteilung der diagnostizierten Fälle auf zwei ganz bestimmte Altersklassen. Wir finden die Diagnose entweder bei Neugeborenen, oder im Alter von 40—70 Jahren, während sie in den dazwischenliegenden Altersstufen wesentlich seltener gestellt wird, es sei denn, daß das Vorhandensein der Zystenniere als zufälliger Nebenbefund bei der Sektion entdeckt wird. Diese Erscheinung hatte ja zu der Annahme geführt, daß es sich bei den Zystennieren der Neugeborenen um eine angeborene Anlage handle, während andererseits die der höheren Altersklassen ein erworbenes Leiden darstelle. Bei den Todesfällen der Neugeborenen ist die Ursache darin zu suchen, daß infolge der weitgehenden zystischen Entartung die Lebensfähigkeit beschränkt, bzw. vollkommen aufgehoben ist. Bei den in höherem Alter ad exitum gekommenen Trägern von Zystennieren wird von den einen Autoren die Ursache in der einsetzenden Altersinvolution gesehen, die das anfänglich bestehende Gleichgewicht zwischen Anforderungen und Leistungsfähigkeit des noch vorhandenen Parenchyms aufhebt. Die Mehrzahl vertritt jedoch die Anschauung, daß durch langsame Vergrößerung der Zyste das noch sezernierende Gewebe verdrängt wird, und zum Erliegen kommt, wobei diese Volumenzunahme der Zysten nicht nur auf Retention, sondern auch auf einem aktiven Wachstum der Bläschenwand beruht. Erstaunlich ist dabei, daß trotz weitgehendster Einengung des noch leistungsfähigen Parenchyms eine Nierenfunktion überhaupt noch möglich ist. Gerade in solchen Fällen, wo bei der Autopsie eine hochgradig zystisch enartete Niere als Nebenbefund festgestellt wurde, war in der Klinik keine wesentliche Störung der Harnausscheidung zu beobachten. Diese Erscheinung erklärt zum Teil, weshalb die Diagnose der Zystenniere sehr selten ist. Denn obwohl es sich um ein angeborenes Leiden handelt, kann es Jahre und Jahrzehnte lang vollkommen kompensiert sein. Symptome können überhaupt fehlen, und erst das plötzliche Auftreten einer Uraemie weist auf eine schwere Schädigung des harnbereitenden Systems hin.

Die sonstige Symptomatologie ist, wie Suter und Volhard bemerken, eine wechselnde und keineswegs sichere. Ein Teil der Fälle verläuft unter dem Bilde einer Schrumpfniere, und erst das bei der Palpation festgestellte Vorhandensein von Nierentumoren läßt die richtige Krankheit vermuten. Bemerkenswert ist, daß die Zystenniere die Erscheinungen sämtlicher Nierenerkrankungen machen kann. Wir finden Koliken und Hämaturie, die an Nephrolithiasis oder Nierentumor denken lassen; oder die Zeichen einer Nephropyelitis beherrschen das Bild. Durch diese Maskierung verschiedenartiger Krankheitsbilder wird die richtige Diagnosestellung naturgemäß erschwert. Und sie wird mehr oder weniger ein Zufall bleiben, wenn nicht eine sekundäre Infektion hinzutritt, für welche die Niere als nicht vollwertiges Organ besonders anfällig ist. Eine solche Komplikation vermag unter derart akuten Erscheinungsbildern zu verlaufen, die leicht eine Fehldiagnose zur Folge haben können. In solchen Fällen ist die richtig Erkennung des Krankheitsbildes wichtig, um Schädigungen, die durch eine falsch abgeleitete Therapie gesetzt werden können, zu vermeiden.

Unter den klinischen Kennzeichen ist keines so eindeutig, daß die klin. Diagnose bis jetzt postuliert werden könnte. Auf Grund einer klin. Beobachtung glauben wir aber, daß die Diagnose wesentlich häufiger gestellt werden kann, wenn man die intravenöse Pyelographie mit heranzieht. Wie erwähnt, ist es nach dem anatomischen Bau der Zystenauskleidung wahrscheinlich, daß bei vielen Fällen eine Harnsekretion in die Zysten erfolgt. Bei diesen Fällen füllen die Zysten sich auch mit den Nierenkontrastmitteln und können so direkt dargestellt werden. Dadurch haben wir bei einem 19jährigen Manne die Diagnose intra vitam stellen können, obwohl es sich um jene Altersklasse handelt, in der die Diagnose Zystenniere erfahrungsgemäß sehr selten ist.

Ein 19jähr. Patient, dessen Vorgeschichte ohne Besonderheiten ist, der vor allem noch nie an einer Nierenaffektion erkrankt war, wird unter schwersten Krankheitserscheinungen eingeliefert. Er klagte über heftige kolikartige Schmerzen im Leib sowie in beiden Seiten. Die Symptome wiesen anfangs auf eine

Appendizitis hin; die brettharte Bauchdeckenspannung ließ sogar an eine Perforation mit nachfolgender Peritonitis denken. Es bestand außerdem Erbrechen, das nach Aufnahme in die Klinik noch 2 Tage anhielt. Das Erbrochene war bräunlichrot verfärbt. Die Temperatur schwankte intermittierend bei Schüttelfrösten. Bei der Aufnahme wurde folgender Befund erhoben: Pat. in gutem E. Z. und K. Z. Hautfarbe blaß, sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Schädel o. B. Herz o. B. Abdomen: Bauchdecke gespannt, starke Druckempfindlichkeit. Palpation von Leber und Milz infolge der Spannung nicht möglich.

Eine plötzlich einsetzende Hämaturie wies auf ein Nierenleiden hin, zumal auch die Nierenlager rechts und links außerordentlich klopfempfindlich waren und ein leichter urinöser Foetor ex ore bestand. Die Blutwerte betrugen: U + 48,3; U — 4,55; NaCL 0,570; Ind. ϕ; Xanto ϕ; Bil. Ind. 0,9 Dir. ϕ. Eine sofort vorgenommene Zystoskopie ergab: Harnblasenschleimhaut und Uretorostien o. B. Ureterenkatheter lassen sich leicht einführen. Aus der linken Niere lassen sich mit der Spritze 300 ccm einer trübserösen Flüssigkeit abziehen, worauf eine deutliche Besserung des Zustandes eintrat.

Das Pyelogramm Abb. 1 ergab lks. ein stark erweitertes Nierenbecken, die Kelche des re. Nierenbeckens waren nicht dargestellt. Der abgezogene Urin enthielt neben vielen Epithelien vereinzelt Erythrozyten. In der Kultur wuchsen Friedländerbazillen. Ein angesetzter Tierversuch ergab einen negativen Befund. Nach Abklingen der stürmischen Erscheinungen und nach Normalisierung der Temperatur wurde eine Auffüllung mit Perabrodil gemacht. Nachdem der auffallende Befund einer einseitigen Rückstauungsniere bei einem 19jähr. Mann, bei dem keinerlei Abflußhindernisse nachweisbar waren, schon klin. auch degenerative zystische Prozesse hatte denken lassen.

Diese Aufnahme Abb. 2 ergab rechts sowie auch links deutlich das Vorhandensein von Hohlräumen, die mit Kontrastmittel gefüllt waren. Die Ausscheidung der Hohlräume muß danach an das harnbereitende System angeschlossen sein.

Die auf Abb. 1 dargestellte sackförmige Verschattung links geht scheinbar vom Nierenbecken aus und kann eine Verbrei-

Abb. 1

Abb. 2

terung eines Kelches erster Ordnung sein, also eine Zyste, die mit dem Nierenbecken in Verbindung steht. Auf diese Möglichkeit hat auch Grauhan hingewiesen. Die vorliegende Kelchdeformierung läßt sich mit den Befunden von Grauhan und Adrian und Lichtenberg in Einklang bringen, womit die Diagnose Zystenniere als gesichert angesehen werden darf. Typische Veränderungen ergab auch der Wasserversuch.

Tabelle 3

6.30 Uhr 1500 ccm Flüssigkeit

Zeit	Menge	Spez. Gewicht
7.30	120	1008
8.00	80	1006
8.30	92	1005
9.00	50	1004
9.30	18	1002
10.00	60	1000
10.30		1002
11.00	300	1002
	Summe 720	
13.00	200	1003
15.00	200	1010
17.00	225	1012
19.00	125	1010
	Zwischen-Summe 750	
7.00	550	1012
	Gesamtausscheidg. 2020	

Größte Halbstundenmenge 350 ccm.

Ausscheidung in den ersten 4 Stunden 720 ccm.

Ausscheidung in 24 Stunden 2020 ccm.

Auffallend ist an dieser Tabelle eine zeitliche Verschiebung der Stundenportionen gegenüber der Norm. Während die Gesamtmenge der ausgeschiedenen Flüssigkeit nicht von der Durchschnittszahl abweicht.

Tabelle 4

Durchschnittsergebnisse berechnet auf Grund der Ausscheidungsmenge von 24 Kontrollpersonen.

Zeit	Durchschnittsmenge
7.30	80,3
8.00	163
8.30	346
9.00	330
9.30	193
10.00	155
10 30	71
11.00	90,5
	Summe 1413
13.00	112,5
15.00	79,5
17.00	70,5
19.00	64,5
	Zwischen-Summe 326
7.00	281
	Gesamt-Menge 2020

Während die morgendlichen Portionen der Kontrollpersonen schwanken zwischen 80 und 350 ccm, die Gesamtmenge der morgendlichen Ausscheidungen 1413 ccm ergibt, und demgemäß die Nachmittagsportionen eine absteigende Kurve aufweisen, ist bei dem Patienten mit der Zystenniere das Gegenteil der Fall. Die Morgenportionen weisen geringe Werte auf, eine Halbstundenportion fällt sogar vollkommen aus, so daß die errechnete Zwischensumme nur eine Menge von 720 ccm ergibt. Dagegen liegen die Nachmittagsportionen bei Werten von 200 ccm, so daß die Gesamtmenge von 24 Stunden ein normales Ergebnis zeigt. Eine solche Verzögerung ist ohne Zusufficienz des Kreislaufs bisher nicht beschrieben worden. Die Gesamtausscheidungsmenge entspricht in 24 Stunden der Norm, die Ausscheidung erfolgt verzögert. Die geringen Morgenportionen sind wahrscheinlich Folge einer Retention in den zystischen Hohlräumen,

welche ihren Inhalt erst abgeben, wenn eine bestimmte intrazystische Spannung erreicht ist. Daß das so ist, dafür spricht die von uns gemachte Beobachtung, daß Faktoren, welche geeignet sind, diese Spannung früher eintreten zu lassen, den Wasserversuch normalisieren. Eine Tonisierung glatt muskulärer Gewebe ist nach neueren Untersuchungen besonders leicht mit männlichem Sexualhormon möglich. Glatte Muskulatur findet sich aber reichlich in dem stark entwickelten Bindegewebe der Zystenniere.

Das Ergebnis eines Wasserversuches nach vorheriger Injektion von 25 mg Testoviron war:

Tabelle 5

Am Vorabend 25 mg Testoviron i. V.
6.30 Uhr 1500 ccm Flüssigkeit.

Zeit	Menge	Spez. Gewicht
7.30	110	1023
8.00	240	1003
8.30	260	1000
9.00	360	1001
9.30	340	1004
10.00	190	1003
10 30	200	1003
11.00	62	1000
	Summe 1722	
13.00	70	1000
15.00	60	1006
17.00	60	1020
19.00	85	1018
	Zwischen-Summe 275	
7.00	800	
	Gesamtausscheidg. 2797	

Wir finden eine Änderung in der Ausscheidungskurve im Sinne einer Angleichung an die Norm. Die Morgenportionen werden größer und dementsprechend verringert sich die Harnmenge am Nachmittag. Das Sexualhormon Testoviron bewirkt

neben einer besseren Durchblutung besonders eine Leistungssteigerung der glatten Muskulatur und zwar eine Erhöhung des Tonus und der Kontraktilität. Infolge dieser Tonussteigerung ist die Retention, wie sie der erste Versuch zeigte, geringer geworden, so daß es schneller zur Ausscheidung der sezernierten Harnmenge kommt. Die gleichzeitige Erhöhung der Gesamtausscheidungsmenge kann auf eine durch das Sexualhormon hervorgerufene bessere Durchblutung der Nieren und damit bedingte Förderung der Diurese zurückgeführt werden.

Die in der Literatur häufig hervorgehobenen Begleitsymptome der Zystenniere wie Blutdrucksteigerung und Herzhypertrophie fehlen in unserem Falle, da infolge der frühen Diagnosestellung die Veränderungen am Parenchym noch nicht soweit fortgeschritten sind, daß es bereits zur Niereninsufficienz gekommen wäre. Es fehlen ferner im Urinbefund die von einem Teil der Autoren für die Zystenniere als pathognomonisch angesehenen Rosettenkörperchen, die gerade bei dem Vorliegen einer Kommunikation von Zysten mit dem Nierenbecken auftreten sollen. Doch wurden diese Rosettenkörperchen bei neueren Untersuchungen meistens vermißt, so daß ihr Nichtvorhandensein kaum zu werten ist. Dagegen enthielt der Urin kleine Mengen von Eiweiß, ein Befund, der bei Zystennieren im allgemeinen zu erheben ist. Vorhanden waren Hämaturie und Schmerzen, zwei der häufigsten Symptome, die den Zystennierenträger einer ärztlichen Beobachtung zuführen. Aber gerade diese beiden Symptome sind so allgemein, daß sie nicht zur richtigen Diagnose führen können. Auch die Polyurie, die gerade bei geringen klinischen Erscheinungen als wichtiges Hilfsmittel der Diagnostik betrachtet worden ist, ist nicht eindeutig und fehlte bei uns.

Durch die Pyelographie und den Wasserversuch wird es möglich sein, den klinischen Verdacht auf Zystenniere zu verifizieren. Dieser Verdacht soll bei jeder unklaren Kolik mit Fieber auftauchen. Die frühe Diagnose hat ihren Wert zunächst darin, daß man den Erkrankten schon frühzeitig von schädigenden Einflüssen befreien kann z. B. eine Zurückstellung vom Militärdienst fordern kann. Andererseits sind die therapeutischen Möglichkeiten begrenzte.

Chirurgische Eingriffe sind immer wieder versucht worden. Im Vordergrund stand anfangs die Nephrektomie, deren Ergebnisse wenig überzeugend waren. Auch die Nephrotomie hatte keinen gewünschten Erfolg, denn es gelang meist nur, einen geringen Teil der Zysten zu entfernen, und die Letalität war noch größer als bei der Nephrektomie. Häufiger empfohlen, besonders von Rovsing und Payr, wurde die Ignipunktur, durch die es in einzelnen Fällen gelang, eine starke Hämaturie zum Stehen zu bringen. In neuerer Zeit bestand das chirurgische Vorgehen in der Eröffnung und Entleerung sämtlicher erreichbarer Zysten. Es ist einleuchtend, daß die dadurch hervorgerufene Druckentlastung die Arbeitsfähigkeit des noch sezernierenden Gewebes günstig beeinflußt. Ferner erscheint dieser Eingriff nach den Berichten das verhältnismäßig ungefährlichste Verfahren darzustellen.

Im allgemeinen jedoch wird die innere Behandlung im Vordergrund stehen. Sie kann zwar im wesentlichen nur in einer Diät zur Schonung der kranken Niere bestehen, wie sie den Vorschriften bei chronischer Nephritis entspricht. Von Bedeutung ist die Bekämpfung von sekundären Infektionen, da durch sie das Leben des Zystennierenträgers gefährdet wird.

Die Prognose ist quoad sanitutem infaust, quoad vitam nicht ungünstig, wenn keine besondere Belastung der Niere erfolgt. Die Verschlechterung der Nierenfunktion geht entsprechend des langsamen Wachstums der Zysten nur langsam vor sich und führt erst im höheren Alter zur Urämie. Ein Trauma kann zwar jederzeit eine Verschlimmerung des Leidens bewirken. In vielen Fällen wird die Todesursache nicht in der Nierenerkrankung zu suchen sein. Eine besondere Gefährdung stellen sekundäre Infektionen dar, sowie hämatogene als auch ascendierende, die zur völligen Vereiterung von Zysten führen können. Auch tuberkulöse Prozesse sind nicht allzu selten. Beides erklärt sich durch die geringe Widerstandsfähigkeit der degenerierten Organe.

Zusammenfassung

1. In den Hallischen Kliniken wurde die Diagnose Zystenniere in den letzten 10 Jahren keinmal gestellt.
2. Demgegenüber wurde das Vorhandensein von Zystennieren im gleichen Zeitraum 15mal durch die Autopsie bestätigt. Im 5 Fällen stellte die Zystenniere die Todesursache dar; 2 davon boten das Bild einer Uraemie.
3. Die klinische Diagnose der Zystenniere ist also selten.
4. Ein klinisch diagnostizierter Fall bei einem 19jähr. Manne zeigt, daß bei jeder eintretenden Nierenkolik mit Fieber an Zystenniere gedacht werden muß.
5. Der klinische Verdacht kann durch die intravenöse Pyelographie und den Ausfall des Wasserversuchs gesichert werden.
6. Testoviron kann die verzögerte Wasserausscheidung bei Zystenniere normalisieren. Bei beginnender Infektion der Zysten ist es als Therapeuticum zur Zystenentleerung geeignet.

Für die Überlassung des Themas, sowie für die Anregungen bei der Ausarbeitung, möchte ich Herrn Doz. Dr. Ratschow meinen Dank aussprechen.

Literatur

Adrian und Lichtenberg: Zeitschr. f. urolog. Chir. 1.

Aschoff: Lehrbuch der Pathologie.

Aßmann: Klin. Röntgendiagnostik d. inn. Erkrankungen.

Berner: Die Zystenniere.

Grauhan: Die Diagnose der Zystenniere. Dtsch. Ztschr. f. Chir. 197.

Handbuch der Innern Medizin, 6. Band. Vollhard und Suter: Nieren und ableitende Harnwege.

Hantschmann: Zur Klinik der Zystenniere. Zentr.-Bl. Inn. Med. 1933.

„ Beiträge zur Diagnostik der Zystenniere. Med. Klinik 1931.

Kaufmann: Lehrbuch der Pathologie.

Kroiß: Fälle von polyzystitisch degenerierter Niere. Wiener klin. Wochenschr. 1913.

Lubarsch-Henke: Handbuch der spez. patholog. Anatomie und Histologie.

Podgurski: Zystennieren und vaskulärenale Insufficienz. Ztschr. experiment. Med. 1930.

Rissel: Über ein Fall von doppelseitiger Zystenniere. Wien. Klin. Wochenschr. 1939, I.

Steinitz: Zur Diagnose der Zystennieren. Med. Klin. 1930, I.

Stieda: Zur Entstehung der Zystennieren. Zentr.-Bl. f. Allgem. Pathologie, Bd. 2.

Veil: Deutsch. Archiv Klin. Med. 115.

Willer: Über kongenitale Zystennieren und Blutdruck. Münch. Med. Wochenschr. 1935, II.

Zemitzsch: Hochdruck und Nierenfunktion bei Zystennieren. Klin. Wochenschr. 1939, I und Zentr.-Bl. Inn. Med. 1939.

Lebenslauf

Ich, Georg Walter Karl August Schollmeier, wurde am 9. November 1914 als Sohn des Hauptlehrers Georg Hermann Schollmeier in Baden-Baden geboren. Nach 3jährigem Besuch der Volksschule war ich 9 Jahre Schüler des Gymnasiums in Baden-Baden und legte daselbst am 15. März 1933 meine Reifeprüfung ab. Nach Teilnahme am freiwilligen Werkhalbjahr für Abiturienten, begann ich im Wintersemester 1933/34 mein Studium an der Universität Freiburg i. Br. Nach meinem 4. Semester im Sommer 1935 unterbrach ich mein Studium, um vom 1. 11. 35 bis 31. 3. 37 meiner Wehrpflicht zu genügen. Im Sommersemester 1937 nahm ich mein Studium in Freiburg i. Br. wieder auf und bestand nach weiteren 6 Semestern am 6. 4. 1938 meine Vorprüfung. Mein klinisches Studium setzte ich in Rostock fort. Ich blieb dort 3 Semester, bis ich bei Ausbruch des Krieges von der Wehrmacht eingezogen und zur Beendigung meines Studiums nach Leipzig kommandiert wurde. In Leipzig studierte ich noch 2 Semester und bestand daselbst am 2. Juli 1940 mein ärztliches Staatsexamen mit der Note „gut". Meine Bestallung als Arzt erhielt ich am 15. September 1940.

Meine Lehrer waren die Herren Professoren Dr.: v. Moellendorf, Mie, Staudinger, Spemann, Oehlkers, Nauck, Kapfhammer, Hoffmann, Lehmann, Curschmann, Fischer, Brüning, Haselhorst, Collath, Brill, Lange, Hochrein, Catel, Schröder, Bostreom, Raestrup, Gros, Jeß.

Seit dem 1. 11. 1930 gehöre ich der Hitler-Jugend an, seit 1. 5. 1933 bin ich Mitglied der NSDAP.